Adamantinoma cysticum.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Würde eines Doktors
der Zahnheilkunde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Fritz Sperber, pr. Zahnarzt,
Assistent am Zahnärztlichen Institut der Universität,
chirurgische Abteilung.

Dekan: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Rubner

Referent: Prof. Dr. med., Dr. med. dent. h. c. Williger.

Tag der Promotion: 30. Juli 1920.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Paul Kettner
Buch- und Kunstdruckerei. Druck: Wissentschaftlicher Werke.
Gerstungen (Thüringen.)

441

Kruſe („Ueber die Entwicklung cyſtiſcher Geſchwülſte im Unterkiefer, Virchows Archiv Bd. 124) und Merkel („Adamantinoma ſolidum". Zahnärztliche Diſſertation Berlin 1920) haben nachgewieſen, daß das Cyſtom aus dem ſoliden Adamantinom hervorgeht. Man kann nun auch für die cyſtiſchen Adamantiome eine Entwicklungsreihe aufſtellen. Die von komplizierteren zu einfacheren Formen führt. Vier Beiſpiele von cyſtiſchen Adamantinomen aus dem großen Material des Berliner Zahnärztlichen Inſtitutes ausgewählt. (27 Fälle), ſollen beweiſen, daß das multiloculäre cyſtiſche Adamantinom zum pauciloculären und dieſes ſich ſchließlich zum uniloculären entwickelt.

Es folgen pathologiſch-anatomiſche Einzelheiten über den Bau der cyſtiſchen Adamantinome, Größe der Cyſten, die Cyſtenflüſſigkeit und ihre Veränderungen, das Bindegewebe.

Die Größe der Tumoren ſchwankt zwiſchen Walnuß- bis Kindkopfgröße, die Dauer des Wachstums kann eine ſehr lange ſein (Fall von Heath 35 Jahre). Der Sitz der Tumoren beſchränkt ſich faſt ausſchließlich auf den Unterkiefer, dort die Gegend des Kieferwinkels und aufſteigenden Aſtes. Die günſtigſte Entwicklungszeit iſt die Zeit vom 21.-30. Lebensjahre, was aus der ſtatiſtiſchen Zuſammenſtellung ſich ergibt.

Die ſubjektiven Symptome ſind meiſt gering. Aus dem kliniſchen Befunde (knollige Beſchaffenheit des Tumores, langſames, den Kiefer auftreibendes Wachstum, Pergamentknittern, Fluktuation, eventuell Fiſteln im Munde oder Hautfiſteln) iſt die Diagnoſe, zumal unter Zuhilfenahme des Röntgenbildes, meiſt nicht ſchwer zu ſtellen. Durch ſekundäre entzündliche Prozeſſe kann ſie erſchwert ſein.

Differentialdiagnoſtiſch ſind einfache Cyſten, beſonders folliculäre, auszuſchließen.

Aetiologiſch kommen als Ausgangspunkt der Tumoren Reſte der Zahnleiſte in Betracht. Die Urſachen der cyſtiſchen Umbildung ſind wahrſcheinlich auf Ernährungsſtörungen und dadurch bedingte Blutung zurückzuführen.

Verfaſſer ſchildert nun die verſchiedenen Theorien, die über die Entwicklung der Cyſtome aufgeſtellt wurden und mit dem Siege der Malaſſez'ſchen Anſicht endeten.

Je nach der Wachstumsenergie des betreffenden Epithelreſtes, der ſich geſchwülſtiſch verändert und auch der zeitlichen Verſchiedenheit des Eintritts von Ernährungsſtörungen, entſtehen von vornherei gewiſſe Formen uniloculärer oder pauciloculärer cyſtiſcher Adamantinome oder ſolide Adamantinome, aus

denen dann durch cyſtiſche Degeneration das multiloculäre cyſtiſche Adamantinom ſich entwickelt. Daraus können weiterhin pauciloculäre und uniloculäre werden.

Zufällig im Tumor gefundene retinierte Zähne haben mit der Entſtehung nichts zu tun, wie ſich aus ihrer Lage im Tumor und dem Fehlen bei den meiſten cyſtiſchen Adamantinomen ergibt.

Die Therapie iſt für die kleineren Tumoren das Partſch'ſche Verfahren der Cyſtenbehandlung entweder vom Munde aus, unter Umſtänden unter Zuhilfenahme des queren Wangenſchnittes (Williger) oder auch von außen. Erhaltung der Continuität des Kiefers iſt möglichſt anzuſtreben. Iſt dies unmöglich, wie oft beim ausgedehnten multiloculären cyſtiſchen Adamantinom, muß zur Radikaloperation (Exartikulation) geſchritten werden.

Recidive ſind bei gründlicher Operation ſo gut wie ausgeſchloſſen. Die cyſtiſchen Adamantinome ſind gutartige Tumoren, die Prognoſe iſt demnach quoad vitam durchaus günſtig.